

Brochure n° 3114

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 959. – LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE**  
**EXTRAHOSPITALIERS**

---

AVENANT DU 14 JUIN 2018  
RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1850839M  
IDCC : 959

---

Entre :

SNMB ;

SLBC ;

SDB,

D'une part, et

FNIC CGT ;

Pharmacie LABM FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Par avenant du 8 juillet 2016, les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers ont mis en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé au niveau national.

Vu le nouvel article L. 871-1 du code de la sécurité sociale issue de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ;

Vu le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il a été convenu d'apporter les modifications suivantes à la convention collective nationale du 3 février 1978 des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers :

**Article 1<sup>er</sup>**

Le titre « Cotisations et répartition » de l'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

## « IV. – Cotisations et répartition »

### Article 2

Le titre « IV. – Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche » de l'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

« V. – Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche ».

### Article 3

Le titre « V. – La mutualisation du régime frais de santé de la branche » de l'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

« VI. – la mutualisation du régime frais de santé de la branche »

### Article 4

Le titre « VI. – Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité du régime frais de santé de branche » de l'article 26 *bis* III est désormais libellé comme suit :

« VII. – Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité du régime frais de santé de branche ».

### Article 5

L'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais rédigé comme suit :

« Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » détaillées ci-après doivent bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers doivent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé « option ».

Les prestations garanties de l'option sont détaillées ci-après.

Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées dans la mesure où elles ont été négociées avec l'organisme assureur recommandé visé ci-après au J).

Les laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers devront y souscrire :

- soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative ; dans ce cas, la cotisation s'y rapportant est la charge exclusive du salarié ;
- soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire. Dans ce dernier cas, les laboratoires devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

(Voir tableau page suivante.)

| GARANTIES   | REMBOURSEMENT TOTAL<br>dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale |   |
|---|---|---|
|   | Base obligatoire  | OPTION<br>(sous déduction de la base obligatoire) |
| <b>HOSPITALISATION</b>  |   |   |
| Honoraires, ACO, ADA, ADC dans le cadre des DPTM _____  | 250 % BR  | 350 % BR  |
| Honoraires, ACO, ADA, ADC hors DPTM _____   | 200 % BR  | 200 % BR  |
| Frais de séjour _____   | 250 % BR  | 350 % BR  |
| Chambre particulière de nuit (y compris maternité) _____  | 60 €/nuit   | 80 €/jour   |
| Chambre particulière ambulatoire _____  | 25 €/jour   | 32 €/jour   |
| Forfait journalier (y compris forfait psychiatrique) _____  | 100 % FR  | 100 % FR  |
| Participation forfaitaire acte lourd _____  | 100 % FR  | 100 % FR  |
| Frais d'accompagnant (enfant de -16 ans) _____  | 60 €/jour   | 80 €/jour   |
| <b>FRAIS MÉDICAUX</b>   |   |   |
| Consultation ou visite Généraliste dans le cadre des DPTM _____   | 100 % BR  | 200 % BR  |
| Consultation ou visite Généraliste hors DPTM _____  | 100 % BR  | 175 % BR  |
| Consultation ou visite Spécialiste dans le cadre des DPTM _____   | 170 % BR  | 230 % BR  |
| Consultation ou visite Spécialiste hors DPTM _____  | 150 % BR  | 200 % BR  |
| Pharmacie _____   | 100 % BR  | 100 % BR  |
| Radiologie, Imagerie médicale, Échographie dans le cadre des DPTM _____   | 170 % BR  | 200 % BR  |
| Radiologie, Imagerie médicale, Échographie hors DPTM _____  | 150 % BR  | 175 % BR  |
| Analyses, actes de biologie _____   | 100 % BR  | 100 % BR  |
| Auxiliaires médicaux (dont infirmier(e)s, kinésithérapeutes, pédicures-podologues) _____  | 150 % BR  | 200 % BR  |
| Petite chirurgie, Actes techniques médicaux dans le cadre des DPTM _____  | 170 % BR  | 200 % BR  |
| Petite chirurgie, Actes techniques médicaux hors DPTM _____   | 150 % BR  | 175 % BR  |
| <b>DENTAIRE</b> limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au-delà, garantie égale à celle du Décret n° 2014-1025 (125 % BR) |   |   |
| Soins dentaires _____   | 100 % BR  | 100 % BR  |
| Soins dentaires avec dépassements (dont Onlays, Inlays) _____   | 150 % BR  | 200 % BR  |
| Orthodontie prise en charge par le RO _____   | 300 % BR  | 350 % BR  |
| Orthodontie non prise en charge par le RO _____   | 200 % BR  | 250 % BR  |
| Prothèses dentaires remboursables dents du sourire _____  | 300 % BR  | 350 % BR  |
| Prothèses dentaires remboursables dents du fond _____   | 250 % BR  | 300 % BR  |
| Prothèses dentaires non remboursables _____   | 200 €/dent  | 400 €/dent  |
| Inlays-cores _____  | 150 % BR  | 200 % BR  |
| Parodontologie _____  | 300 €/an  | 400 €/an  |
| Implantologie _____   | 300 €/dent  | 400 €/dent  |

| GARANTIES BASE CONVENTIONNELLE   | Base obligatoire                      | OPTION                                |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>OPTIQUE</b>   |                                       |                                       |
| Montures _____   | cf. Grille n° 1                       | cf. Grille n° 2                       |
| Verres unifocaux _____   |                                       |                                       |
| Verres multifocaux _____   |                                       |                                       |
| Lentilles acceptées (par ay/bénéficiaire) _____  | 150 €                                 | 160 €                                 |
| Lentilles refusées et jetables (par ay/bénéficiaire) _____   | 100 €                                 | 120 €                                 |
| Kératochirurgie (par œil/bénéficiaire) _____   | 400 €                                 | 500 €                                 |
| <b>APPAREILLAGE ET ACCESSOIRES MÉDICAUX</b>  |                                       |                                       |
| Prothèses auditives _____  | 100 % BR + 400 €/oreille/bénéficiaire | 100 % BR + 500 €/oreille/bénéficiaire |
| Orthopédie et autres prothèses (mammaire, capillaire...) _____                                       | 100 % BR + 400 €/bénéficiaire         | 100 % BR + 500 €/bénéficiaire         |
| <b>ALLOCATIONS FORFAITAIRES</b>  |                                       |                                       |
| Indemnité de naissance (forfait par enfant) _____  | 150 €                                 | 200 €                                 |
| Cures _____  | 100 % BR                              | 200 % BR                              |
| Vaccins prescrits non remboursés _____   | 50 €/ay/bénéficiaire                  | 120 €/ay/bénéficiaire                 |
| Diététicien - de 16 ans _____  | 50 €/ay/bénéficiaire                  | 80 €/ay/bénéficiaire                  |
| Ostéodensitométrie osseuse _____   | 50 €/ay/bénéficiaire                  | 110 €/ay/bénéficiaire                 |
| Ostéopathes - Chiropracteurs - Étiopathes - Acupuncteurs -<br>Psychologues - Psychothérapeutes _____ | 25 € 3x/ay/bénéficiaire               | 35 € 5x/ay/bénéficiaire               |
| Patch anti-tabac _____   | 50 €/ay/bénéficiaire                  | 150 €/ay/bénéficiaire                 |
| <b>DIVERS</b>  |                                       |                                       |
| Transports pris en charge par la Sécurité sociale _____  | 100 % BR                              | 100 % BR                              |
| Actes de prévention (Arrêté du 8 juin 2006) _____  | 100 % BR                              | 100 % BR                              |
| Assistance à domicile (voir notice d'information) _____  | oui                                   | oui                                   |
| Plateforme conseil/dévis/réseau _____  | oui                                   | oui                                   |

\* tel que défini dans le Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>FRAIS COUVERTS</b><br/> Les remboursements indiqués s'entendent sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.<br/> Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au TM.<br/> La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.<br/> Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précitées.</p> | <p><b>GLOSSAIRE</b><br/> <b>BR</b> : Base de Remboursement de la Sécurité sociale<br/> <b>FR</b> : Frais Réels<br/> <b>TM</b> : Ticket Modérateur : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.<br/> <b>ACO</b> : Actes d'obstétrique<br/> <b>ADA</b> : Actes d'anesthésie<br/> <b>ADC</b> : Actes de chirurgie<br/> <b>DPTM</b> : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus induisant l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.</p> |
|---|---|

| Grille n° 1   | Mineurs < 18 ans |         |              | Rbt Ass.  | Adultes      |         |              | Rbt Ass.  |
|---|------------------|---------|--------------|-----------|--------------|---------|--------------|-----------|
| Type de Verre   | LPP < 18 ans     | Rbt SS  | Rbt Ass. (*) | 2 V + 1 M | LPP > 18 ans | Rbt SS  | Rbt Ass. (*) | 2 V + 1 M |
| <b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>                         |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| sphère de -6 à +6   | 12,04 €          | 7,22 €  | 60,00 €      | 200,00 €  | 2,29 €       | 1,37 €  | 90,00 €      | 280,00 €  |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10                       | 26,68 €          | 16,01 € | 70,00 €      | 220,00 €  | 4,12 €       | 2,47 €  | 100,00 €     | 300,00 €  |
| sphère < -10 ou > +10   | 44,97 €          | 26,98 € | 80,00 €      | 240,00 €  | 7,62 €       | 4,57 €  | 115,00 €     | 330,00 €  |
| <b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>               |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| cylindre < +4 sphère de -6 à +6                               | 14,94 €          | 8,96 €  | 70,00 €      | 220,00 €  | 3,66 €       | 2,20 €  | 100,00 €     | 300,00 €  |
| cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6                             | 36,28 €          | 21,77 € | 80,00 €      | 240,00 €  | 6,86 €       | 4,12 €  | 110,00 €     | 320,00 €  |
| cylindre > +4 sphère de -6 à +6                               | 27,90 €          | 16,74 € | 95,00 €      | 270,00 €  | 6,25 €       | 3,75 €  | 125,00 €     | 350,00 €  |
| cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6                             | 46,50 €          | 27,90 € | 110,00 €     | 300,00 €  | 9,45 €       | 5,67 €  | 140,00 €     | 380,00 €  |
| <b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>          |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| sphère de -4 à +4   | 39,18 €          | 23,51 € | 130,00 €     | 340,00 €  | 7,32 €       | 4,39 €  | 160,00 €     | 420,00 €  |
| sphère < -4 ou > +4   | 43,30 €          | 25,98 € | 140,00 €     | 360,00 €  | 10,82 €      | 6,49 €  | 170,00 €     | 440,00 €  |
| <b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b> |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| sphère de -8 à +8   | 43,60 €          | 26,16 € | 155,00 €     | 390,00 €  | 10,37 €      | 6,22 €  | 190,00 €     | 480,00 €  |
| sphère < -8 ou > +8   | 66,62 €          | 39,97 € | 170,00 €     | 420,00 €  | 24,54 €      | 14,72 € | 200,00 €     | 500,00 €  |
| <b>Monture</b>  | 30,49 €          | 18,29 € | 80,00 €      |           | 2,84 €       | 1,70 €  | 100,00 €     |           |

(\*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + montures (adultes) une paire tous les deux ans à partir de la date d'acquisition sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015.

| Grille n° 2   | Mineurs < 18 ans |         |              | Rbt Ass.  | Adultes      |         |              | Rbt Ass.  |
|---|------------------|---------|--------------|-----------|--------------|---------|--------------|-----------|
| Type de Verre   | LPP < 18 ans     | Rbt SS  | Rbt Ass. (*) | 2 V + 1 M | LPP > 18 ans | Rbt SS  | Rbt Ass. (*) | 2 V + 1 M |
| <b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>                         |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| sphère de -6 à +6   | 12,04 €          | 7,22 €  | 80,00 €      | 260,00 €  | 2,29 €       | 1,37 €  | 110,00 €     | 345,00 €  |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10                       | 26,68 €          | 16,01 € | 90,00 €      | 280,00 €  | 4,12 €       | 2,47 €  | 120,00 €     | 365,00 €  |
| sphère < -10 ou > +10   | 44,97 €          | 26,98 € | 100,00 €     | 300,00 €  | 7,62 €       | 4,57 €  | 130,00 €     | 385,00 €  |
| <b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>               |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| cylindre < +4 sphère de -6 à +6                               | 14,94 €          | 8,96 €  | 90,00 €      | 280,00 €  | 3,66 €       | 2,20 €  | 120,00 €     | 365,00 €  |
| cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6                             | 36,28 €          | 21,77 € | 100,00 €     | 300,00 €  | 6,86 €       | 4,12 €  | 130,00 €     | 385,00 €  |
| cylindre > +4 sphère de -6 à +6                               | 27,90 €          | 16,74 € | 110,00 €     | 320,00 €  | 6,25 €       | 3,75 €  | 140,00 €     | 405,00 €  |
| cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6                             | 46,50 €          | 27,90 € | 140,00 €     | 380,00 €  | 9,45 €       | 5,67 €  | 150,00 €     | 425,00 €  |
| <b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>          |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| sphère de -4 à +4   | 39,18 €          | 23,51 € | 150,00 €     | 400,00 €  | 7,32 €       | 4,39 €  | 180,00 €     | 485,00 €  |
| sphère < -4 ou > +4   | 43,30 €          | 25,98 € | 160,00 €     | 420,00 €  | 10,82 €      | 6,49 €  | 190,00 €     | 505,00 €  |
| <b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b> |                  |         |              |           |              |         |              |           |
| sphère de -8 à +8   | 43,60 €          | 26,16 € | 170,00 €     | 440,00 €  | 10,37 €      | 6,22 €  | 200,00 €     | 525,00 €  |
| sphère < -8 ou > +8   | 66,62 €          | 39,97 € | 180,00 €     | 460,00 €  | 24,54 €      | 14,72 € | 210,00 €     | 545,00 €  |
| <b>Monture</b>  | 30,49 €          | 18,29 € | 100,00 €     |           | 2,84 €       | 1,70 €  | 125,00 €     |           |

(\*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + montures (adultes) une paire tous les deux ans à partir de la date d'acquisition sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015.

## Article 6

Le paragraphe F « Cas du laboratoire de biologie médicale extrahospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1<sup>er</sup> janvier 2017 » de l'article 26 *bis* est désormais rédigé comme suit :

« En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime frais de santé de branche.

À ce titre, il devra veiller notamment à ce que :

- chaque salarié présent et futur soit couvert (absence de condition d'ancienneté et bénéficiaire des dispenses de droit mentionnées ci-avant au B) ;
- la couverture d'entreprise doit être solidaire et responsable ;
- chaque prestation garantie, acte par acte, de la couverture d'entreprise soit supérieure ou égale aux prestations de la base obligatoire ;
- le régime d'entreprise devra proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties du salarié à ses ayants droit et pour améliorer la couverture des bénéficiaires ;
- la participation patronale du régime collectif d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation "salarié seul en obligatoire" (fixée ci-avant dans D), soit au moins égale à 0,78 % du PMSS en vigueur. Cette disposition s'applique lorsque le régime collectif d'entreprise présente soit des prestations strictement identiques (à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III) soit des prestations garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties, à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III. Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant ci-avant dans D, soit supérieure à 1,56 % du PMSS pour la base obligatoire pour :
  - des garanties strictement identiques à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur ;
  - des garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du V ci-après concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du VII ci-après et propose notamment les garanties présentant un degré élevé de solidarité. »

## Article 7

L'alinéa 9 du paragraphe I « Maintien à l'identique des garanties du régime frais de santé de branche : article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin » est désormais rédigé comme suit :

« À titre informatif, les cotisations proposées par l'organisme recommandé ci-après au J pour les anciens salariés et bénéficiaires sont les suivantes :

*(Voir tableau page suivante.)*

| Régime GENERAL |   |                          | Base  | Option (Yc base) |
|----------------|---|--------------------------|---|------------------|
| LOI EVIN       | Conjoint de salarié décédé  |                          | 1,66%   | 2,08%            |
|                | Conjoint  |                          | 2,34%   | 2,91%            |
|                | Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage) | Ancien salarié - année 1 | 1,56%   | 1,94%            |
|                |   | Ancien salarié - année 2 | 1,95%   | 2,42%            |
|                |   | Ancien salarié - année 3 | 2,34%   | 2,91%            |
|                |   | Ancien salarié - année 4 | A déterminer en fonction de l'équilibre du régime |                  |
|                | Enfant  |                          | 0,89%   | 1,09%            |

| Régime LOCAL |   |                          | Base  | Option (Yc base) |
|--------------|---|--------------------------|---|------------------|
| LOI EVIN     | Conjoint de salarié décédé  |                          | 1,16%   | 1,58%            |
|              | Conjoint  |                          | 1,63%   | 2,20%            |
|              | Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage) | Ancien salarié - année 1 | 1,09%   | 1,47%            |
|              |   | Ancien salarié - année 2 | 1,36%   | 1,83%            |
|              |   | Ancien salarié - année 3 | 1,63%   | 2,20%            |
|              |   | Ancien salarié - année 4 | A déterminer en fonction de l'équilibre du régime |                  |
|              | Enfant  |                          | 0,62%   | 0,82%            |

### Article 8

Le présent avenant prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension.

Fait à Paris, le 14 juin 2018.

(Suivent les signatures.)